



Número: **0809668-64.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **13/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.362,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
J. L. D. O. (AUTOR)		DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES (ADVOGADO)	
Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais (RÉU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
MARCIA MARIA LEOCADIO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
61417996	09/10/2020 11:02	Petição	Petição
61418000	09/10/2020 11:02	2742381_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros documentos
61418005	09/10/2020 11:02	2742381_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Petição

Juntada de impugnação ao laudo pericial.





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 20ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08096686420208205001


PORTO SEGURO S/A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou lesão no membro superior direito com repercussão média (50%), efetuando o pagamento no valor de R\$4.725,00:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA		 Seguradora LÍDER <small>Administradora de Seguro DPVAT</small>		
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3200012167	Cidade: Natal	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA	Data do acidente: 24/10/2019	Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 14/01/2020 Valoração do IML: 0 Perícia médica: Não Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA COMINUTIVA DO ÚMERO DIREITO. Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P2,8 Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. Sequelas: Com seqüela Documento/Motivo: Nome do documento faltante: Apontamento do Laudo do IML: Conduta mantida: Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. Documentos complementares: Observações: Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando as mesmas lesões antes detectadas pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no membro superior direito com repercussão intensa (75%).

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.



Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 4.725,00 (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 7 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200012167

Vítima: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 24/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15358526

Pag. 00341/00342 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200012167

Vítima: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 24/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **237**

Agência: **000003070-8**

Conta: **0000043665-8**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 702.043.444-41 4 - Nome completo da vítima: Shanatan Jeacadio de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Shanatan Jeacadio de Oliveira 6 - CPF: 702.043.444-41
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rio Guarapiranga/Residencial Mestre Juciano 9 - Número: 560 10 - Complemento: AP: 403 BL: 3
11 - Bairro: Guarapiranga 12 - Cidade: Natal 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59074-776
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 84) 99134-3008(84) 99806-1091

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRadesco (237)

AGÊNCIA: 3070 8 CONTA: 43665 8 (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paranaíba 20 de Dezembro de 2019.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010091102512600000058921133

Número do documento: 2010091102512600000058921133

Num. 61418005 - Pág. 3



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 056047/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/11/2019 10:32 Data/Hora Fim: 01/11/2019 11:02
Delegado de Polícia: Alzira Veiga de Medeiros

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos
Data/Hora do Fato: 24/10/2019 12:40

Local do Fato

Município: Natal (RN)
Logradouro: AVENIDA SENADOR SALGADO FILHO

Bairro: Tirol
Nº: S/N

Ponto de Referência: EM FRENTE AO WALFREDO
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARCIA MARIA LEOCÁDIO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Santana do Sexo: Feminino
Profissão: Do Lar
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria das Graças Leocádio Nome do Pai: Manoel Joaquim Neto

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 074.603.744-90

Endereço

Município: Natal - RN
Logradouro: R Rio Guarapes Nº: 560
Complemento: BL-J APTO-403
Bairro: Guarapes CEP: 59.074-776
Telefone: (84) 99909-1410 (Celular)

Nome Civil: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Santana do Sexo: Feminino Nasc: 21/03/2004
Profissão: Estudante
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Marcia Maria Leocádio Nome do Pai: José de Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 702.043.444-41

Endereço

Município: Natal - RN
Logradouro: R Rio Guarapes Nº: 560
Complemento: bl-j apto. 403
Bairro: Guarapes CEP: 59.074-776



Delegado de Polícia Civil: Alzira Veiga de Medeiros
Impresso por: Janir Azevedo de Paiva
Data de Impressão: 01/11/2019 11:02
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 056047/2019

Telefone: (84) 99909-1410 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Natal - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Microônibus/Ônibus
Descrição ônibus	CPF/CNPJ do Proprietário 09.326.382/0001-12
Placa LPW4474	Renavam 00330933876
Número do Motor 924919U0940854	Número do Chassi 9BM384078BB788400
Ano/Modelo Fabricação 2011/2011	Número da Carroceria BUSUCFBTNBA311782CIFE
Cor BRANCA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Natal	Marca/Modelo M.BENZ/MPOLLO TORINO U
Modelo M.BENZ/MPOLLO TORINO U	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 02/12/2014	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE, GENITORA DA VÍTIMA, COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL E INFORMOU QUE NA DATA E HORA CITADOS SEU FILHO, MENOR, VINHA COMO PASSAGEIRO NO ÔNIBUS EM TELA, COM O BRAÇO ENCOSTADO NA JANELA, E QUE POSSIVELMENTE BATEU EM UM POSTE, VINDO A SOFRER LESÕES CONFORME BAA DE NÚMERO 55302/2019, ORIUNDO DO PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO, QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE A MOTORISTA DISSE NÃO PODER PRESTAR SOCORRO, POIS ESTAVA DIRIGINDO E COBRANDO, EVADINDO-SE DO LOCAL.

NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS

Janir Azevedo de Paiva
Agente de Polícia
Matrícula 170.234-3
Responsável pelo Atendimento

Marcia Maria Leocádio
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que deli origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Alzira Veiga de Medeiros
Impresso por: Janir Azevedo de Paiva
Data de Impressão: 01/11/2019 11:02
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010091102512600000058921133>

Número do documento: 2010091102512600000058921133

Num. 61418005 - Pág. 5



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 702.043.444-41 4 - Nome completo da vítima: Shanatan Jeacadio de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Shanatan Jeacadio de Oliveira 6 - CPF: 702.043.444-41
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rio Guarapris/Residencial Mestre Juciano 9 - Número: 560 10 - Complemento: AP: 403 BL: 3
11 - Bairro: Guarapris 12 - Cidade: Natal 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59074-776
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 84) 99134-3008(84) 99806-1091

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRadesco (237)

AGÊNCIA: 3070 8 CONTA: 43665 8 (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paranaíba 20 de Dezembro de 2019.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010091102512600000058921133

Número do documento: 2010091102512600000058921133

Num. 61418005 - Pág. 6



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **55302 /2019**
Admissão: **24/10/2019 13:03:31**



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - LARANJA

Paciente: 148918 - JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA (15 a 8 m 29 d)

Nascimento: 21/03/2004 Natural: SANTANA DO MATOS.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: 70204344441 Prof: ESTUDANTE

Mãe: MARCIA MARIA LEOCADIO Pai:

Logradouro: RIO GUARAPES, 560

CEP: 59074776 Bairro: GUARAPES Cidade: NATAL

Telefone: 84 .99742859 Compl:

Motivo: OUTROS FERIMENTOS

Tipo: REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

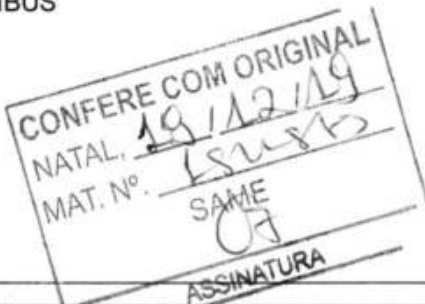
*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 24/10/2019 12:52:11				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: FRATURA EXPOSTA CAUSADA EM ONIBUS

Hora: ____:____



EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: 24/10/2019 14:46:27 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por UZIMAR PEREIRA VALE. Impresso em 19 de Dezembro de 2019.



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03070-8

CONTA: 000000043665-8

Nr. Autenticação

BRADESCO2101202005000000000023703070000000043665472500 PAGO



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911025126000000058921133>

Número do documento: 20100911025126000000058921133



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA • FATURA • NOTA FISCAL

CNPJ 08.324.156/0001-81 | Inac. nº 20055199-0 | www.cosern.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA RIO GUARAPES, 580 AP-403
RESIDENCIAL MESTRE LUCIANO BL-J

GUARAPES/AREA URBANA
NATAL RN
59074-778

COMTA COMPRAHO MÉRITO

7013352709	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
04/09/2019	24/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	

105.14

COMTA COMPRAHO MÉRITO

7013352709	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
04/09/2019	24/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	

105.14

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
029015534	UNCA	26/08/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA VALIDAÇÃO
26/08/2018	301138475	3734338

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.000000	0.21655341	6.49
70.000000	0.27088167	25.96
69.210000	0.55633735	49.29
		0.43
		5.30
		6.68
		7.83
		1.76
		0.70
		0.00

Consumo Ativo até 30 kWh;
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh;
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh;
Acrescimo Bateria VERMELHA
Contrib. Sum. Publica Municipal
ICMS-Parcela Subvencionada
Multa por atraso-NF 026237021 - 25/06/18
Juros por atraso-NF 026237021 - 25/06/18
Atualização IOPM-NF 026237021 - 25/06/18

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO CESTA NOTAS RUA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
2101011100	C-3	25/07/2016	1.249,00	26/08/2016	1.439,00	31	1.190,00		186,00

ENCLOSURES ARE TRANSITION

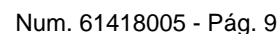
[illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Figura 1. Distribución de la población por sexo y edad en Colombia, 1993. Fuente: Censo de Población y Vivienda, 1993. Elaboración propia.

ATENÇÃO: A COSEMI NÃO TEM QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

STATE OF ILLINOIS DEPARTMENT OF REVENUE					
VENDOR	DATE	AMOUNT	VENDOR	DATE	AMOUNT
...

[illegible]

05/12/2019

::Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1344045832

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTERUA MERMOS, 150, BALDO
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0

COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte-

ARSEP 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE!
SEVERINA JULIA DE LIMAENDEREÇO
RUA BRASILICIO CAMILO 122 -FT -
ANEQUIM/AREA URBANA -59173-000
GOIANINHA RN -PERÍODO CONSUMO
04/11/2019 a 04/12/2019DATA DE VENCIMENTO
11/12/2019TOTAL A PAGAR
R\$ 63,66DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL

04/12/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

04/12/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

033941603

CONTA CONTRATO
7001931380CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1CONSUMO
82

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 10,25

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911025126000000058921133>

Número do documento: 20100911025126000000058921133

Num. 61418005 - Pág. 10

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06** | **Central Ouvidoria: 0800 021 91 35**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcosander Bernardino de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.069.354 / 80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jhonatan deacadio de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.043.444 / 41

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Total da Vítima Jhonatan deacadio de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.043.444 / 41, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Brasilcio Carrilo</u>	Número: <u>122</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Anequin</u>	Cidade: <u>Goianinha</u>	Estado: <u>PR</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59173-000</u>	Tel. (DDD) <u>(84) 99806-1091</u> <u>841 99134-3608</u>

Local e Data: Parnamirim 20 de Dezembro de 2019.

Marcosander Bernardino de Souza
Assinatura do Declarante





Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **148918 JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA**
CNS: Nascimento: 21/03/2004 Sexo: Masculino
Mãe: MARCIA MARIA LEOCADIO Pai:
Endereço: RUA AGRESTINA, 0 - PLANALTO - NATAL
Município: NATAL Código Municipal IBGE: 240810 UF: RN

Prontuário:
Cor: PARDA
Fone: 99742859 /
CEP: 59073-270

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 29989 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
TRATAMENTO CIRURGICO



RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
SEMIOLOGIA

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S42.3 FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO*408020393. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMEMO

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

UMERO DIAFISARIA;3

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Obesidade ☐ Faz Antibioticoterapia ☐ Lesão por pressão ☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:
MARIO ARNAUD MELO DE ABREU

CRM: 5476 / RN Data da Solicitação 24/10/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: Nº do bilhete: Série:
() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:
() Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

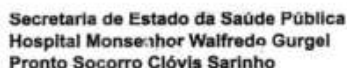
AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: Órgão Emissor:

Número da Autorização:

Data da Autorização: / / Assinatura/Carimbo:





Nome: JHO

Nome: JHONATAY ROCHA DO RE Idade: _____ N° Reg.: _____
 Serviço: Cl. Plástica Enf.: _____ Leito: 258

MOTIVO DA CONSULTA: - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Solicitors available
accompanying ~~original~~ *can be*

Natal/RN, 11 de 11

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 19/12/11
AT No. 152-511
SAME

Edilson Carlos de Souza
Otorrinolaringologista - CRM 2127
CPF: 118.764-15 ISS 118.764-15

PARECER:

PACIENTE PRECISA SER TRANSFERIDO PARA OUTRO HOSPITAL CRENÇAS E OPINIÃO DE NENHUM DOS DOCTORES: FRATURA DO UMBILICO (SEM FLECHA EXTERNA) NAIS LAÇO O NERVO RADIAL E LIGAMENTO PRONTO.

* FEIXO PIA PRO
NBR

Natal/RN: 7/2 de 1/1 de 1/3

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 TEOT-11295

Médico que emite o parecer





GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

239

FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 24/10/19 Alta: 1/11/19
Nome: RONALDO LEOCADIO DE OLIVEIRA Naturalidade: SANTANA DO MAT
Idade: 15 ANOS Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: 21/03/2000
RG: 3.392.719 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: _____
Filiação: Pai: JOSE DE OLIVEIRA
Mãe: MARCIA ME LEOCADIO
Endereço: R. RUI GUARAPES, 560 - PRS. Mestre Luciano
Bairro Guarapes Cidade: Natal
Telefone: 99909-1410 - Mãe e Mãe () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: 99904-3845 - Kleiton (Pai) Outros telefones: _____
Composição familiar: Mãe, 01 filho e 02 irmãos (04 pessoas)
Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: _____ Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa: _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares () Trazido pelo SAMU
(X) Socorrido em via pública () Outros meios _____
() Encaminhado: Hospital de origem: _____

CrITÉrios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não (X) Sim Qual o motivo? menor
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Mãe
Parentesco: Mãe Telefone: 99909-1410
Endereço do Responsável: O mesmo

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Charge vítima de colisão onibus com poste. Foi
trazido ao hospital envolvido no acidente. Foi
cadastro de acompanhante e orientações.

Saída

óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____
Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____
Orientações/Encaminhamentos: _____

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

Rosália M. Fernandes
Assistente Social
CRESS 999





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Horatiano Lealania de Oliveira
DATA DE NASCIMENTO: 23-03-2004 IDADE: 19.1
REGISTRO: FIA 10142-2019
DATA DE ADMISSÃO: 24/10-2019 HORA: 15h30

ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: ORTOPEDIA

HIDRATAÇÃO: SIM (X) NÃO () VIA: PERIFÉRICO (X) ACESSO CENTRAL: ()

NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE (X) ORIENTADO (X) VIGIL () AGITADO ()

INCONSCIENTE: ()

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (X) GRAVE ()

SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()

ALÉRGICO: SIM () NÃO (X) HIPERTENSO: SIM () NÃO (X)

DIABÉTICO: SIM () NÃO (X) ASMÁTICO: SIM () NÃO (X)

DOENÇA RENAL: SIM () NÃO (X) OUTRAS PATOLOGIAS: _____

MEDICAÇÕES EM USO: _____

CIRURGIAS ANTERIORES: _____

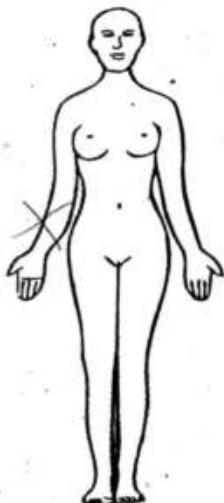
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()

OBSERVAÇÃO: _____

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____

ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



JALECO Nº _____ ACESSO CENTRAL: _____

INSTRUMENTADO: ANA KARLA

CIRCULANTE: ANDERSON

TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI () PERIDUAL () B.P.B. (X) LOCAL ()

OBS.: _____

ANESTESISTA: DR. GILBERTO

INÍCIO DE ANESTESIA: 15:20

TÉRMINO DE ANESTESIA: 17:35 / 17:50

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: _____

HORA: _____

CONFERE COM ORIGINAL
MAT. Nº. 132502
SAME
ASSINATURA

Lote: 101771 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
350 - ESTERIL
Fab: 16/08/2018 Val: 08/2023
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMÍNIO
Lutz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 000318 Código: AF35 8 680
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
C X 4,5 X 200 X T
Fab: 16/08/2018 Val: 08/2023
Registro Anvisa Nº 80083650026
Material ACO INOX F138
Lutz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br



ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911025126000000058921133

Número do documento: 20100911025126000000058921133

INICIO DE CIRURGIA: 15:40
CIRURGIÃO: Dr. Alexandre Amorim
1º AUXILIAR:
2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR:
TIPO DE CIRURGIA: Sutura exposta do Vagina e Aneloplasto Vaginal

TÉRMINO DE CIRURGIA: 17:30
SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (X)
SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X)
EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (X) RX: SIM () NÃO ()
RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO () TIPO: _____

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (X) TIPO: _____

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (X) FEITO FICHA: SIM () NÃO (X)
MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (X) ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO: SIM () NÃO (X)
FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO (X)
DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (X)
COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM (X) NÃO () QUANTIDADE: 20 UNIDADES
GAZES CONFERIDAS: SIM (X) NÃO () QUANTIDADE: 30 UNIDADES
CAIXA CIRÚRGICA: Ex. Dele e 2023

COMPLETA: SIM () NÃO (X) OBS.: _____
ÓBITO: SIM () NÃO (X) HORA: _____ REALIZADO RCP: SIM () NÃO (X)
RESPONSÁVEL PELA RCP: _____

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (X) UTI () ALTA ()
EM AR AMBIENTE: SIM (X) NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO ()
ENTUBADO: SIM () NÃO (X)
PREENCHIDO AIH: SIM (X) NÃO ()
FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (X) NÃO ()
FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (X) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: Paciente Adolescente admitido em sala Operatória
às 15h30 proveniente do PS - cardiologia. Consciente e orien-
tado, curvas em An Ambiente em estado regular. Com
lesão traumática em Anais Direta. Apresentando SSV: Da
dox 60 mmHg; FC 100 bpm e SpO2 100%. Com AVP em
MSE sem sinais Rtgistres. per encaminhado ao Pao Cir-
urgico e Ortopedia. SSV Estáveis

Manoel Egidio da Silva Junior
Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jonathan Leonardo da Silva Reg. Nº _____
Diagnóstico pré-operatório: Tumor de pele
Indicação terapêutica: Exatoma parietal Urgência () Eletiva (☒)

INTERVENÇÃO

Data: 24/10/19 Início: _____ Término: _____ Duração: _____
Operador: João Alves CRM/CRO: _____
1º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____
2º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____
Instrumentador: _____ CRM/CRO: _____
Anestesista: Gilberto CRM/CRO: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Os autores, após a realização do procedimento cirúrgico, verificaram a presença de um nódulo de 1,5 cm x 1,0 cm x 0,5 cm, com consistência firme e bem delimitado, aderente à pele. Foi realizada a excisão completa do nódulo, com margens de 5 mm. O material foi encaminhado para exame patológico. Não houve complicações durante o procedimento. O paciente foi encaminhado para observação em sala de recuperação.

04.23.04.027.2(3) T012 (741,69)

João Alves Martins
Médico / CRM 2484

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 19/12/19
MAT. Nº 152675
SAME
ASSINATURA

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores humanitários.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Flourentes Leonardo de Oliveira ASA: E1

Idade: 15 a Sexo: M Registro: 24/10/19

Diagnóstico: Fratura exposta de humero direito e fratura de cotovelo

Procedimento realizado: Procedimento de fratura de humero + antebraço + T2 cunha fechada lateral de cotovelo

Cirurgião: Reinaldo Azeiteiro Auxiliar: Auxilio

Anestesiologista: Celestino Enfermagem:

História Clínica Admissional: paciente com história de trauma no MSD. Nega alergias e comorbidades.

Técnica Anestésica: Bloqueio Flexo braquial

CONFEEI
NATAL
MAT. Nº
ORIGINAL
10/12/19
152-7
NATURA

Flourentes Leonardo de Oliveira
SARINHO

15:20
17:35 / 17:50

Início: 15:20 Término: 17:35 / 17:50

- Anestésicos Utilizados:
- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| 1. <u>Propofol 1% 200 mg</u> | 2. <u>Metoprolol 500 mg</u> |
| 3. <u>Clopidogrel 150 mg</u> | 4. <u>Cefotaxima 80 mg</u> |
| 5. <u>Midazolam 3 mg</u> | 6. <u>Diplopax 2 g</u> |
| 7. <u>Fentanyl 70 ug</u> | 8. <u>Conexão de drenagem L</u> |
| 9. <u>Cefotaxima 80 mg</u> | 10. <u>Salina 1 g</u> |
| 11. <u>Clopidogrel 2 g</u> | 12. <u>Propofol 1 mg</u> |
| 13. <u>Dexametasona 10 mg</u> | 14. |

Encaminhamento: Encaminhado ao CEO acordado, PA = 105 x 65
FC = 93, SaO₂ = 100%

Assinatura do Anestesiologista - CRM

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jonathan Boccardo de Oliveira Reg. NºDiagnóstico pré-operatório: Fratura de fêmur do membro superior direitoIndicação terapêutica: Antes-alco Urgência ☒ Eletiva ☐

INTERVENÇÃO

Data: 24/10/19 Início: Término: Duração:Operador: Ricardo Araújo Dr. Ricardo Araújo CRM/CRO:1º Auxiliar: Ortopedia e Traumatologia CRM 5001 TEO7 11.95 CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador: CRM/CRO:

Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- (1) Deu hito dorso
- (2) Anestesia
- (3) Limpeza extensa com água
Fólio lavagem e cloroquina
- (4) Ant. Espina
- (5) Apoiar o membro
- (6) Limpeza na área da cirurgia
- (7) Debulhar o membro
- (8) Fixar o antegordo com 2 (duas)
com fio 13, com sutura na ulna
- (9) Remover a curatela da cirurgia
- (10) De novo com curatela e fio 5
- (11) Fazer 13T no membro
- (12) Nova fixação
- (13) Ajustar o plástico

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 TEO7 11295

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

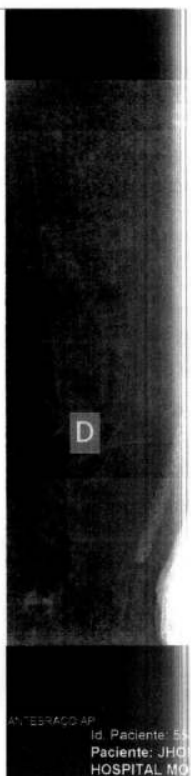


Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911025126000000058921133>

Número do documento: 20100911025126000000058921133

Num. 61418005 - Pág. 19





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SALDANHA



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 55302 /2019
Admissão: 24/10/2019 13:03:31

CIRURGIA GERAL - LARANJA

Paciente: 148918 - JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA (15 a 7 m 3 d)
Nascimento: 21/03/2004 Natural: SANTANA DO MATOS, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: CPF: 70204344441 Prof:
Mãe: MARCIA MARIA LEOCADIO Pai:
Logradouro: AGRESTINA, 0 Bairro: PLANALTO Cidade: NATAL
CEP: 59073270
Telefone: 84 99742859 Compl:

Motivo: OUTROS FERIMENTOS
Origem: FAMILIA

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

Classificação: 24/10/2019 12:52:11

OBS:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: FRATURA EXPOSTA CAUSADA EM ONIBUS

Hora: 13:15

travando no meio do após o qual no
ônibus (122).

informar que houve uma colisão de
furo no lado direito do veículo.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A VPL
B 2º grau
C furo exposto
D ECV - 15
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

trauma: 6 m
pressão: fraca

24.10.19 13:55

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

fratura exposta

*Gerado via SX por UZIMAR PEREIRA VALE. Impresso em 24 de Outubro de 2019.



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)		
A		
B		
C		
D		
E		
A(ALERGIAS)		
M(MEDICAÇÃO EM USO)		
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)		
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)		
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)		
V (PASSADO VACINAL)		
EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM) <div style="font-size: 1.2em; margin-top: 10px;"> De Baco @ AP/P De cotovelo @ AP/P </div>	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">OUTROS</div>	
CONDUTA PRIMARIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS <div style="font-size: 1.2em; margin-top: 10px;"> @ fratura 100% - 01 + 100% de @ @ @ </div>	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM 	
<div style="font-size: 1.2em; margin-top: 10px;"> SL H+ e compunção Ave VLB de VAT @ @ </div>	<div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> Dr. Rafael Rosas Cirurgião Geral do Ap. Digestivo CRM/RN 4001 </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> Karla Avelino Urologista CRM 15319 </div>	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1 Urologista	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3	HORA:	DATA:
DESTINO DO PACIENTE:		
DATA / /	HORA	
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:		
SAÍDA: () DECISÃO MEDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:		
OBITO: DATA / / HORA		
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP		





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

Hora:

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 ROR 11295

25/10/11

1.º DPO de dor grave em MSE
{ - FE ÚMERO D
{ - FE INTERNO D

valores bem, MSE com boa perfusão
FS. com alguns desconfortos (dor de
membros (dor de + Mediana).

Sem intercorrências
Dr. Ricardo

Fernanda Christina Flôr Linhares
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN - 5149

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Flaquatan Leonardo de Oliveira ASA: E1

Idade: 159 Sexo: M Registro:

Diagnóstico: Fratura exposta de um dos antebraço e cotovelo Data: 24/10/19

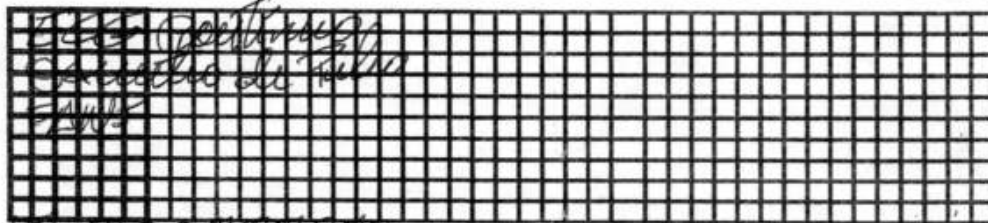
Procedimento Realizado: Fratura exposta de um dos antebraço + T + cirurgia fechada

Cirurgião: Ricardo Augusto Auxiliar: Amorim

Anestesiologista: Geleirto Enfermagem:

História Clínica Adicional: paciente com história de trauma no MSD.
Nega alergias e comorbidades.

Técnica Anestésica: Bloqueio Flexo braquial



Início: 15:20 Término: 17:35 / 17:50

Anestésicos Utilizados:

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| 1. <u>Propofol 1% 200 mg</u> | 2. <u>Metoprolol 500 mg</u> |
| 3. <u>Cloridrato 150 mg</u> | 4. <u>Cefotaxima 80 mg</u> |
| 5. <u>Midazolam 3 mg</u> | 6. <u>Diplopax 2 g</u> |
| 7. <u>Fentanyl 70 ug</u> | 8. <u>Conexão de drenagem L</u> |
| 9. <u>Ceftriaxona 80 mg</u> | 10. <u>Feidina 3 g</u> |
| 11. <u>Cefotaxima 2 g</u> | 12. <u>Flumazenil 1 mg</u> |
| 13. <u>Dexametasona 10 mg</u> | 14. <u></u> |

Encaminhamento: Encaminhado ao CSO acordado, PA = 105 x 65
FC = 93, SaO2 = 100%

Assinatura do Anestesiologista - CRM

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório:

Indicação terapêutica:

Urgência

Eletiva

INTERVENÇÃO

Data:

24/10/89

Inicio:

Término:

Duração:

Operador:

Robert Thompson

Dr. Ricardo Araújo

CRM/CRO:

1º Auxiliar:

CRM 5001 TEST 11.doc

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista:

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

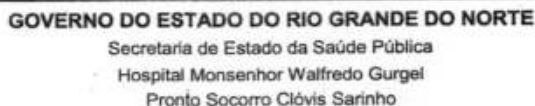
- (1) DUBITO DORSA
- (2) ANESTESIA
- (3) Limpeza externa com 70%
Fólio Iodo e Clorexidina
- (4) Antéspia
- (5) Aparelho de campo
- (6) Lavagem mecânica da articulação
de membro superior direito
- (7) Drenagem
- (8) Fixação do antebraço com 1/8" ou 1/4"
com fio 4/3, o mais próximo da ulna
- (9) Remoção da curvatura da articulação
de novo com fixação de fio 4/3
- (10) Fixação do membro com 1/8" ou 1/4"
fio 4/3, o mais próximo
- (11) Novo teste
- (12) Sutura e curativo
- (13) Auscultação no antebraço, punho, plastrão

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 50016/01 11.95

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM. QUAL?





**BOLETIM
OPERATÓRIO**

Nome: Jonathan Leocádio da Oliveira Reg. Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Tumor de ardo

Indicação terapêutica: Sistema paracel Urgência () Eletiva (X)

Data: 24/10/15	Início:	Término:	Duração:
Operador: [assinatura]			CRM/CRO:
1º Auxiliar:			CRM/CRO:
2º Auxiliar:			CRM/CRO:
Instrumentador:			
Anestesista: [assinatura]			CRM/CRO:

Los anteriores. Después, durante los períodos siguientes
explicados por los datos el grupo expone de nuevo a
fuerza de la historia escrita a continuación. Luego, para
el caso "O" - el caso

Aro Watanabaru At Cu Jaitua

João Alves Martins
Médico / CRM 2404

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o traído de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Jonathan Leolania de Oliveira
DATA DE NASCIMENTO: 25-03-2004 IDADE: 15 A
REGISTRO: FIA 50142-2019
DATA DE ADMISSÃO: 24/10-2019 HORA: 15h30

ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Ortopedia

HIDRATAÇÃO: SIM (X) NÃO () VIA: PERIFÉRICO (X) ACESSO CENTRAL: ()

NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE (X) ORIENTADO (X) VIGIL () AGITADO ()

INCONSCIENTE: ()

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (X) GRAVE ()

SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()

ALÉRGICO: SIM () NÃO (X) HIPERTENSO: SIM () NÃO (X)

DIABÉTICO: SIM () NÃO (X) ASMÁTICO: SIM () NÃO (X)

DOENÇA RENAL: SIM () NÃO (X) OUTRAS PATOLOGIAS: _____

MEDICAÇÕES EM USO: _____

CIRURGIAS ANTERIORES: _____

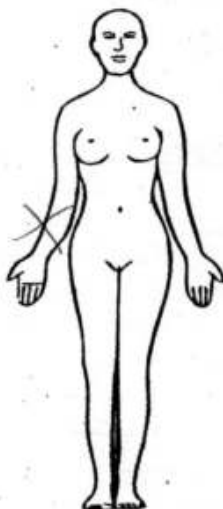
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()

OBSERVAÇÃO: _____

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____

ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



Lote: 101771 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
350 - ESTERIL
Fab. 16/08/2018 Val. 08/2023
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMINIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 800318 Código: AF35 6 680
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
CX 4,8 X 200 XT
Fab. 16/08/2018 Val. 08/2023
Registro Anvisa Nº 80083650026
Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

JALECO Nº _____ ACESSO CENTRAL: _____

INSTRUMENTADO: ANA KARLA

CIRCULANTE: ANDERSON

TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI () PERIDURAL () B.P.B. (X) LOCAL ()

OBS: _____

ANESTESISTA: DR. GILBERTO

INÍCIO DE ANESTESIA: 15:20

TÉRMINO DE ANESTESIA: 17:35 / 17:50

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: _____

HORA: _____



ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51

https://pje1g.trjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911025126000000058921133

Número do documento: 20100911025126000000058921133

Num. 61418005 - Pág. 27

INICIO DE CIRURGIA: 15:40
CIRURGIÃO: Dr. Alencar Azeite
1º AUXILIAR:
2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR:
TIPO DE CIRURGIA: Sutura exposta do útero e intestino delgado

TÉRMINO DE CIRURGIA: 17:30
SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (X)
SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X)
EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (X) RX: SIM () NÃO ()
RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO () TIPO: _____

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (X) TIPO: _____

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (X) FEITO FICHA: SIM () NÃO (X)
MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (X) ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO: SIM () NÃO (X)
FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO (X)

DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (X)
COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM (X) NÃO () QUANTIDADE: 20 UNIDADES
GAZES CONFERIDAS: SIM (X) NÃO () QUANTIDADE: 30 UNIDADES

CAIXA CIRÚRGICA: Ex. de 4 unidades

COMPLETA: SIM () NÃO (X) OBS.: _____
ÓBITO: SIM () NÃO (X) HORA: _____ REALIZADO RCP: SIM () NÃO (X)

RESPONSÁVEL PELA RCP: _____

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (X) UTI () ALTA ()
EM AR AMBIENTE: SIM (X) NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO ()

ENTUBADO: SIM () NÃO (X)

PREENCHIDO AIH: SIM (X) NÃO ()

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (X) NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (X) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: Paciente Admisso admitido em sala Operatória
As 15h30 proveniente do PS - em boas condições e com
vitalidades em ambiente em estado regular com
lesões traumáticas em membros inferiores. SSVU: 12
dox 60 mmHg. FE 100 bpm e SpO2 100%. com AVP em
MSE sem sinais fisiológicos. Período de 12h em
Sala e Operatória. SSVU estáveis

Assinatura do(a) Enfermeiro(a)
Mandaci Edicio Silva Junior
Cofre 1942 ENF

Assinatura do Circulante
Assinatura

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





LAUDO

PACIENTE Thaytlan L. de Oliveira, FOI SUBMETIDO(A) A **TRATAMENTO**
CIRURGICO DE fratura de humero, NO HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE
LUCENA NO DIA 04.12.19. E DEVE MANTER ACOMPANHAMENTO
AMBULATORIAL E FISIOTERAPICO.

AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS A CRITERIO MEDICO PERITO.

CID 10: S42.3

04.12.19.

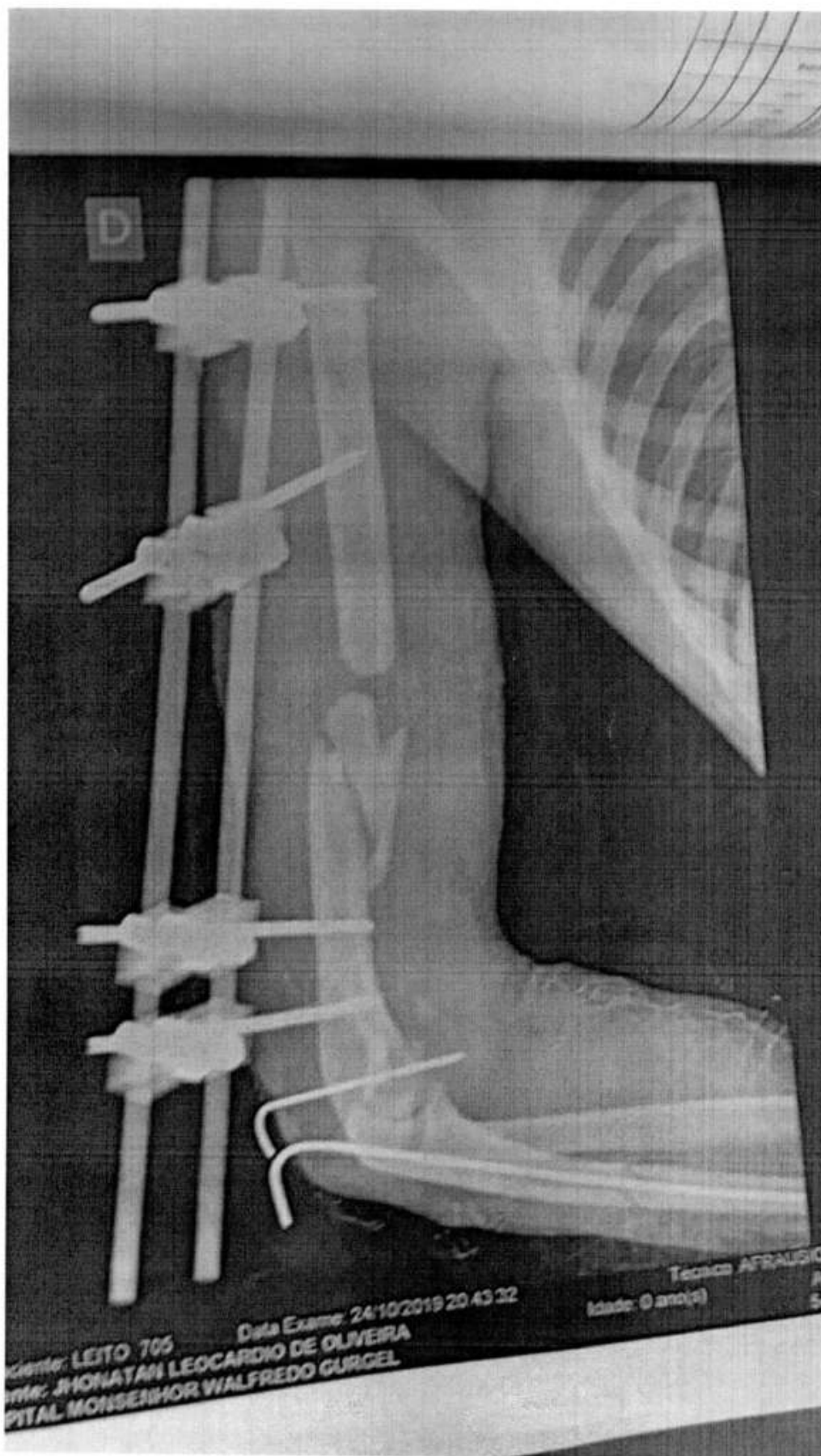
Stanislaw Rolim
Ortopedia e Traumatologia
Jornalista de Ombro e Cotovelo
CRM-RN 6086 TEOT 14463

PARNAMIRIM









blob:https://web.whatsapp.com/eadad717-160f-4529-bcb6-31be20d64735

1/1

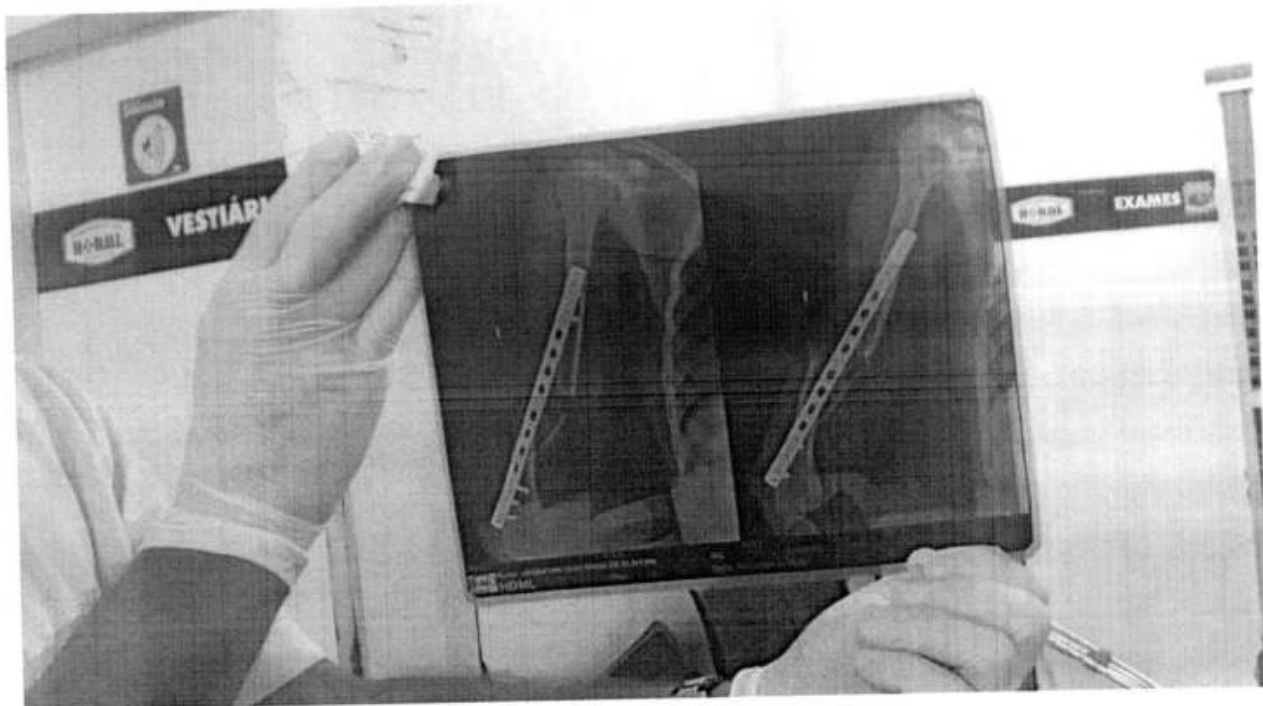


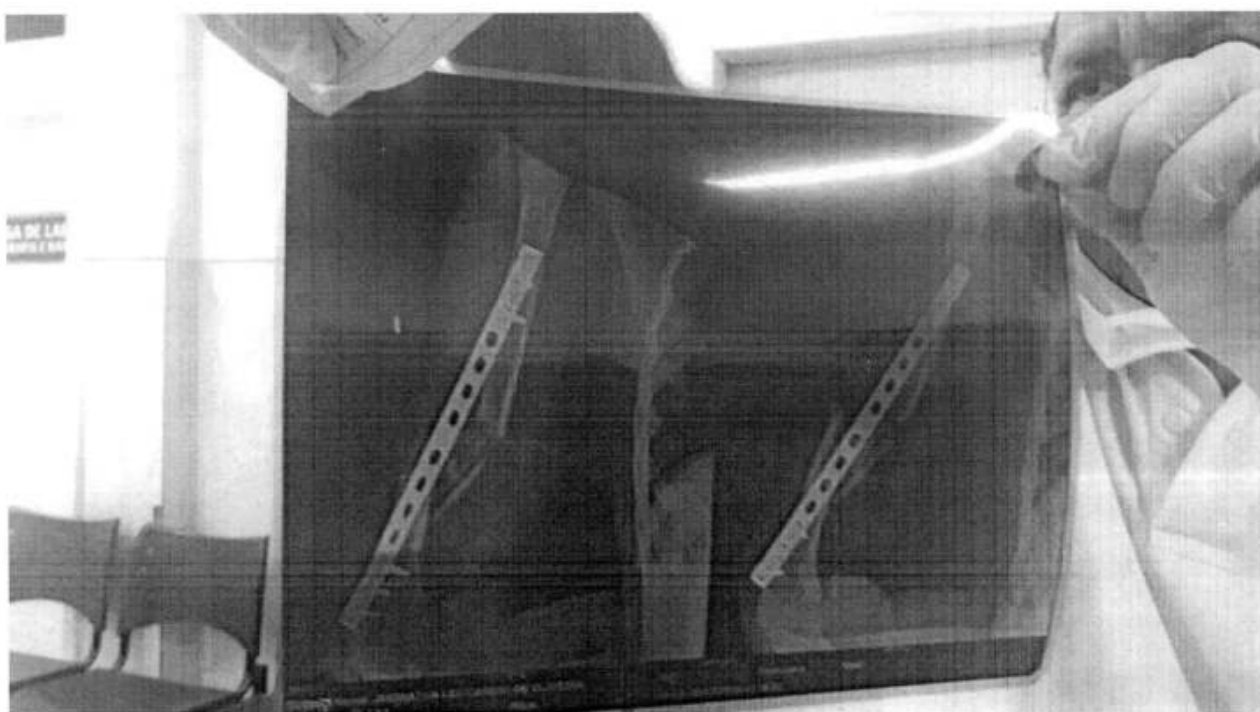


blob:https://web.whatsapp.com/eadad717-160f-4529-bcb6-31be20d64735

1/1











VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3392719 1.VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 22/03/2012

NOME JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO

JOSE DE OLIVEIRA
MARCIA MARIA LEOCADIO

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

SANTANA DO MATOS RN 21/03/2004

DOC. ORIGEM

CERT.NASC.No.10362 L.12 F.191

SANTANA DO MATOS RN CARTORIO

702.043.444-41

Assinatura digital Fernanda

LEI Nº 13.063 DE 2014

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA
 DATA DO ACIDENTE 24/10/2019 CPF DA VÍTIMA 702.043.444-41
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA ☒ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É PROCURADOR
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA BRASÍLIO CAMILO
 Nº 122 COMPLEMENTO BAIRRO ANEQUIM
 CIDADE GOIANINHA UF GO CEP 59173-000
 E-MAIL TELEFONE (84) 99134-3008

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

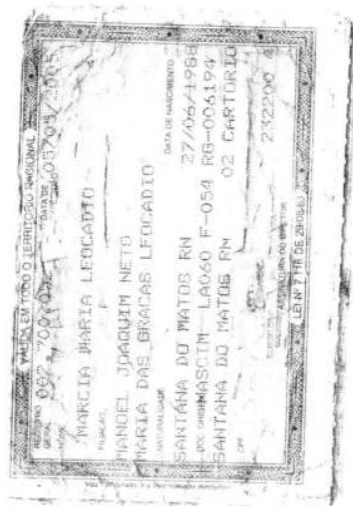
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 09/01/2020
 IDENTIDADE 1896734
 ASSINATURA Marcondes Bernardino de Souza

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA 09/01/2020
 NOME DAU OLIVEIRA
 ASSINATURA DAU OLIVEIRA







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200012167 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 24/10/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA COMINUTIVA DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P2,8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200012167 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 24/10/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA COMINUTIVA DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P2,8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Dionatan Leocádio de Oliveira		
NACIONALIDADE:	Brasileira	ESTADO CIVIL:	Solteiro
PROFISSÃO:	Estudante		
IDENTIDADE:	339 2719	CPF:	702.043.444-41
ENDEREÇO:	Rua Rio Quatropeles 560 AP-403 Residencial Hostes Lucrime 02-3		

OUTORGADO

NOME:	Mariana Bernardino de Souza		
NACIONALIDADE:	Brasileira	ESTADO CIVIL:	Casada
PROFISSÃO:	Médica		
IDENTIDADE:	1896734	CPF:	061.089.354-80
ENDEREÇO:	Rua Brasileira emília 122, Anaguium entre urbana		
DATA DO ACIDENTE:	24/10/2019	COBERTURA:	insalubres/claros.

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Observação: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Panamirim, 20/12/2019

LOCAL E DATA

1º Ofício de Notas

Marcia Maria Leocadio

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)


1º Ofício de Notas e Registros
Rua Sargento Norberto Marques, 149 - Centro - CEP 59140-230 - Panamirim - RN
Fone / Fax: (84) 3212-3225 - Site: www.1oficiopanamirim.com.br
Egberto Lira do Vale (Tribunal) - Luciana Christine Rodrigues do Vale (Substituto)

Reconheço por autenticidade e dou fe a firma de:
MARCIA MARIA LEOCADIO
Código Digital: RN201900863150039226AFM
Confira a autenticidade em: <http://seuoficial.tjn.jus.br>
Panamirim/RN, 20 de Dezembro de 2019, marcia 12:23:15

Em testemunho

1º Ofício de Notas e Registros

1º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
MARIA MARTA BARRETO
Substituta
Panamirim-RN



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0010999/20

Vítima: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

CPF: 702.043.444-41

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/10/2019

Titular do CPF: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA : 061.089.354-80

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA : 702.043.444-41

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/01/2020
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA
CPF: 061.089.354-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2020
Nome: Rau Campelo de Oliveira
CPF: 069.952.894-12

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Rau Campelo de Oliveira

